

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1914-1915. — N° 3

MORPHINE ET PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Février 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Benjamin GIRAUD

Né à Annonay (Ardèche), le 27 novembre 1887.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GABRION, rue de la Barre, 12

—
1915

MORPHINE
ET
PUERPÉRALITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1914-1915. — N° 3

MORPHINE ET PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Février 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Benjamin GIRAUD

Né à Annonay (Ardèche), le 27 novembre 1887.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GABRION, rue de la Barre, 12

—
1915

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BERARD.
Cliniques chirurgicales	FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	HUGOUNENQ.
Clinique ophthalmologique	MOREL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MOREAU.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	GUIART.
Clinique des maladies des enfants.	TESTUT.
Clinique des maladies des femmes	RENAUT.
Physique médicale	MORAT.
Chimie médicale et pharmaceutique	COLLET.
Chimie organique et Toxicologie	LESIEUR.
Matière médicale et Botanique	PAVIOT.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	POLLOSSON (M.).
Anatomie.	COURMONT (P.).
Anatomie générale et Histologie	ETIENNE MARTIN.
Physiologie	COURMONT (J.).
Pathologie interne.	PIC.
Pathologie et Thérapeutique générales.	FLORENCE.
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique.	
Pharmacologie.	

PROFESSEURS, ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle.	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (L.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
LAROYENNE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; PIC, Assesseur,
MM. CONDAMIN et COMMANDEUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

Le D^r JOHANNY GIRAUD

(1830-1905)

A MA FIANCÉE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma vive affection
et de ma profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS, A MES BEAUX-FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de clinique obstétricale
Accoucheur des hôpitaux

Nous le remercions de son aimable accueil et des documents intéressants qu'il a bien voulu nous donner pour notre travail.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COMMANDEUR

Accoucheur des hôpitaux

Qui nous a inspiré notre sujet et nous a guidé de ses conseils. Nous le prions d'agréer notre vive reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR COLLET

Médecin des hôpitaux

Que nous avons eu l'honneur d'assister comme interne dans son service de blessés à la Charité pendant cette guerre. Nous le prions d'accepter notre meilleur souvenir.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

EXTERNAT (1910-1913)

- M. le Docteur NOVÉ-JOSSERAND, professeur adjoint,
chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur DURAND, professeur agrégé, chirurgien des
hôpitaux.
- M. le Docteur VALLAS, professeur de pathologie externe,
chirurgien des hôpitaux.
- M. le Professeur J. TEISSIER.
- M. le Docteur BRET, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur PÉHU, médecin des hôpitaux.

INTERNAT PROVISOIRE (1913-1915)

- M. le Docteur LESIEUR, professeur de pathologie générale,
médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur COLLET, professeur de pathologie interne,
• médecin des hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553417_0078

PRÉLIMINAIRES

La question de l'analgésie obstétricale est très en faveur à notre époque, où l'on s'est beaucoup préoccupé d'écarter des malades la souffrance et surtout la peur de souffrir. D'après la Bible, la femme est, depuis la faute d'Ève, condamnée à enfanter dans la douleur; d'ailleurs beaucoup considèrent avec raison l'accouchement comme un phénomène physiologique dont toutes les manifestations doivent être respectées. Il n'en est pas moins vrai qu'en notre siècle les femmes plus affinées, plus nerveuses surtout que leurs ancêtres réclament souvent qu'on supprime leurs douleurs.

« Si un médecin, écrivait le Prof. Simpson, se croit obligé de soulager ses malades quand il le peut d'un point de côté, d'un lumbago, d'une rage de dents ou de toute autre forme de douleurs, il est aussi de son devoir de soulager quand il le peut une femme en travail de souffrances plus cruelles que celles pour lesquelles on a toujours recours à la médecine. A un point de vue moral, ajoute-t-il, le refus de soulager une femme en couches me semble être une pénible et terrible responsabilité pour un homme qui exerce une profession aussi sacrée que celle de la médecine. »

Pour ce qui est des accouchements difficiles et des interventions obstétricales, la question du choix d'un

anesthésique qui n'entrave pas le travail tout en procurant l'insensibilité est à peu près résolue, mais donne toujours lieu à des recherches nouvelles.

Parmi les analgésiques, les opiacés méritent une place d'honneur, ils ont d'ailleurs d'autres propriétés qui les rendent utiles dans la pratique obstétricale. Hippocrate connaissait déjà l'opium et ce médicament l'eût enthousiasmé s'il en avait connu toute la valeur, puisque pour lui la seule ressource de son art, qu'il qualifiait de divin, consistait dans cet office de calmer la douleur : *Divinum est opus sedare dolorem*.

En même temps que ses propriétés analgésiques, l'opium, possédant une action sur les muscles lisses, devait être employé pour modifier le travail; mais la morphine a pris sa place dans la plupart des cas, à cause de l'équivalence de leurs propriétés, et en raison de la facilité de son emploi et de la promptitude de ses effets en injections hypodermiques.

« Parmi les alcaloïdes de l'opium, dit Claude Bernard, la morphine occupe le second rang comme somnifère, entre la narcéine et la codéine, et le cinquième rang comme convulsivant et agent toxique. »

Dans ce travail, nous n'apporterons pas de connaissances nouvelles sur les effets de la morphine, mais dans une étude détaillée de ses diverses utilisations en obstétrique, nous ferons la critique des méthodes employées, mettant surtout en relief quelques idées recueillies auprès de nos maîtres. A cela nous ajouterons quelques faits concernant la morphinomanie pendant la grossesse avec les réflexions personnelles qu'ils nous ont suggérées.

Nous serons heureux si nous avons pu contribuer pour une modeste part à l'étude d'un des moyens de soulager les femmes de douleurs qui les effrayent. M. Ribemont-Desaigues disait récemment : « Puisse la certitude de pouvoir désormais accoucher sans souffrir encourager les Françaises à donner plus d'enfants à la Patrie. »

22 Janvier 1915.

PREMIÈRE PARTIE

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA MORPHINE AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

CHAPITRE PREMIER

Action sur la contractilité de l'utérus.

La morphine a la propriété de diminuer et même d'arrêter les contractions utérines. Elle agit sur le muscle utérin non pas directement, mais par l'intermédiaire du système nerveux. Cette action paraît s'exercer surtout sur les centres, soit cérébraux et médullaires, soit surtout sur les centres périphériques ganglionnaires péri et intra utérins.

En effet, l'utérus est sous la dépendance de centres médullaires siégeant de la 10^e dorsale à la 2^e lombaire.

D'autre part, les ganglions sympathiques et le plexus hypogastrique fournissent le plexus utéro-vaginal situé de chaque côté du col utérin. C'est là que se trouve le ganglion cervical de Robert Lee ou

de Frankenhaüser, d'où proviennent presque tous les nerfs de la matrice.

Enfin, il existe des ganglions sur le trajet intra-utérin des nerfs (Remak, Keiffer).

C'est surtout sur ces centres ganglionnaires que la morphine exerce son action; Claude Bernard, à la suite d'expériences sur l'arrêt de certaines fonctions : sécrétion, digestion, par des injections de morphine, mettait en évidence l'action de cet alcaloïde sur les centres ganglionnaires au même titre que sur les centres supérieurs. D'après lui elle engourdit le nerf sensitif et le ganglion et diminue ainsi l'excitabilité des fibres motrices.

Quel que soit le mécanisme de cette action, il est un fait admis par tous les accoucheurs que la morphine à dose suffisante, telle que 1 ou 2 centigrammes, produit un ralentissement ou une suspension du travail.

« Sous l'influence de la morphine, dit le Prof. Pinard, la contraction utérine se ralentit, devient plus courte, et enfin se suspend complètement. Elle possède une action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus gravide, qui contrairement à celle du chloroforme se fait sentir primitivement; la rétractilité est moins atteinte ainsi que la contraction des muscles abdominaux. »

Les modifications produites sur les contractions ont été enregistrées au moyen de l'hystérographe par M. le Prof. Fabre; les tracés qu'il a obtenus montrent très nettement que les contractions s'espacent et diminuent.

C'est ainsi que dans les cas de début prématuré du travail, alors même qu'il y a un début de dilatation, une ou deux injections de morphine espacent les contractions, la tension cesse et la grossesse peut continuer jusqu'à terme. (II^e Partie : Observations.)

CHAPITRE II

Action sur les douleurs.

La morphine a une action manifeste sur les douleurs du travail. Celles-ci sont confondues dans le langage ordinaire avec les contractions dont elles sont la conséquence ; ces deux termes pourtant ne sont pas synonymes et s'il est vrai qu'elles ne marchent pas l'une sans l'autre et que le plus souvent l'intensité de la douleur est en rapport avec la force de la contraction, il n'en va pas toujours ainsi. Il y a des parturientes qui se plaignent vivement et poussent des cris alors que les contractions sont faibles ; d'autres manifestent à peine la douleur qu'elles ressentent au moment où les contractions sont les plus violentes.

D'après Beau les douleurs de l'enfantement ne sont autre chose qu'une névralgie lombo-abdominale.

Tarnier fait remarquer que les douleurs ne relèvent pas d'une cause unique ; la compression des nerfs situés dans les parois utérines ou à leur face interne

par la contraction elle-même ou par le fœtus, la distension de l'orifice cervical pendant la dilatation, la pression exercée sur les organes pelviens par la partie fœtale engagée, enfin la distension des parois périméales, sont autant de causes de douleurs, variables suivant les dispositions anatomiques ou pathologiques et aussi avec la susceptibilité nerveuse de la femme.

La morphine qui agit surtout sur les nerfs sensitifs atténue et même réduit considérablement les douleurs, sans diminuer d'une façon proportionnelle les contractions du travail ; c'est ce qui a pu la faire employer comme anesthésique-analgésique au même titre que le chloroforme à la reine. Pour atteindre une sédation très notable des douleurs, il est nécessaire de donner des doses de 1 centigramme, renouvelées toutes les deux ou trois heures.

A doses plus fortes on obtient des effets plus complets, mais ce n'est plus sans influencer l'évolution du travail aussi bien que l'organisme maternel et fœtal.

CHAPITRE III

Influence sur l'organisme maternel.

La morphine n'agit sur l'utérus qu'à doses assez fortes et répétées qui peuvent n'être pas sans inconvénients pour d'autres fonctions ou d'autres organes. En effet, si c'est un des alcaloïdes les moins toxiques,

il n'en faut pas moins surveiller son action et son élimination pour éviter des accidents.

L'influence sur le cœur et la circulation est peu à redouter. Il n'en est pas de même pour la respiration. Vogel a montré qu'elle amène un ralentissement constant par diminution d'excitabilité des centres respiratoires. Dans le cas de très fortes doses la respiration devient stertoreuse et très ralentie.

Cette influence sur le centre bulbaire est surtout sensible chez les fœtus comme nous le verrons plus loin.

Les fonctions digestives sont arrêtées : les vomissements sont avec le myosis un des premiers signes d'intoxication morphinique. Les mouvements et les sécrétions de l'intestin sont aussi arrêtés, d'où constipation opiniâtre qui peut être un inconvénient important chez les accouchées.

Enfin, la morphine d'une façon générale fait diminuer les sécrétions, sauf pour la sécrétion sudorale qu'elle augmenterait. L'activité sécrétoire du rein n'échappe pas à cette loi, ce qui n'est pas favorable à une élimination rapide de l'alcaloïde.

D'après Reynold Wilson l'élimination par diaphorèse compenserait cette insuffisance de la voie rénale. Mais Wood considère le rein comme le principal organe d'élimination de la morphine, aussi il la proscrit dans tous les cas de néphrites aiguës ou chroniques.

Ces notions ont leur importance pour le traitement de l'éclampsie par la morphine ; on sait, en effet, depuis les recherches du Prof. Bar, que les lésions rénales sont constantes dans cette affection.

Tous ces troubles qui peuvent être produits par la morphine sont autant d'écueils pour son usage, il faut tenir compte aussi de certains cas d'idiosyncrasie qui peuvent la rendre particulièrement dangereuse.

CHAPITRE IV

Influence sur le fœtus.

Le passage de la morphine de la mère au fœtus à travers le placenta a été constaté expérimentalement et reconnu par la clinique.

Les premières expériences sont dues à Fabbri. Ayant injecté en deux jours 90 centigrammes de morphine à une lapine, il n'en résulta pour elle aucun dommage, mais elle mit bas des fœtus morts, sauf un en état de mort apparente.

Trois autres expériences analogues pratiquées sur des lapines ou des chattes ont donné des résultats semblables.

Plottier, chez la lapine, a retrouvé la morphine dans les viscères du fœtus.

Bureau a constaté la présence de morphine dans le sang du cordon d'un nouveau-né dont la mère était morphinomane.

Le passage de l'alcaloïde dans la circulation fœto-placentaire est bien établi; d'ailleurs ses effets sur le fœtus sont assez nets et d'autant plus qu'il est un fait

notoire que les enfants ont une susceptibilité particulière pour la morphine comme pour les opiacés en général.

Dæderich dans huit cas de hautes doses de morphine injectées à la mère, vit sept fois les enfants naître vivants. Mais si l'intoxication du fœtus va rarement jusqu'à la mort, ils naissent fréquemment en état d'apnée.

Shröder a vu des enfants qui naissent totalement endormis et chez lesquels toutes les tentatives pour rappeler la vie sont totalement impuissantes.

Eberhardt signale le cas d'un enfant dont la mère avait absorbé de grandes quantités de morphine pour des accès éclamptiques et qui présenta au moment de la naissance de la contracture des pupilles, de l'assoupissement et succomba au bout de deux jours. Tout récemment, M. Ribemont-Desaignes, dans sa communication à l'Académie de Médecine sur les effets analgésiques de la néo-morphine ou tocalgine, signale comme assez fréquente l'asphyxie bleue des nouveaux-nés accouchés avec cette préparation.

En somme, la morphine à dose forte fait courir au fœtus un danger assez sérieux.

DEUXIÈME PARTIE

USAGES DE LA MORPHINE AU COURS DU TRAVAIL

CHAPITRE PREMIER

Son emploi au cours du travail de l'avortement ou de l'accouchement prématuré.

En présence d'une menace d'avortement : douleurs lombaires, écoulement sanguin, modification du col, le meilleur moyen d'enrayer la marche du travail est de prescrire les opiacés, soit laudanum en lavements, soit morphine en injections sous-cutanées. C'est de la thérapeutique banale, mais quelques indications doivent être précisées.

Tarnier a insisté sur la tolérance spéciale des femmes pour le laudanum, dont il donne jusqu'à 80 ou 100 gouttes dans les vingt-quatre heures ; mais il conseille, et nombre d'accoucheurs préfèrent ce moyen, d'avoir recours à la morphine pour les cas où l'on veut agir rapidement. Une injection de 1 centigramme paraît avoir une action presque immédiate, on la renouvelle s'il est nécessaire au

bout d'une ou deux heures, et l'on peut ensuite donner des lavements laudanisés.

Cette médication rapide et commode permet d'arrêter plus tôt la menace d'avortement avant que le décollement de l'œuf ne soit fait et ne rende la thérapeutique inutile.

Le Prof. Fabre conseille l'emploi de 1 centigramme toutes les trois heures; on la renouvelle deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. On surveillera les pupilles, les vomissements avec myosis sont les premiers signes qui indiquent de cesser l'emploi de la morphine.

Ce n'est pas seulement contre la menace d'avortement qu'on peut la donner; alors même que l'expulsion de l'œuf est inévitable, il y a des cas où le travail abortif est accompagné de douleurs extrêmement pénibles qui réclament son emploi. Ce sont des femmes qui souffrent de douleurs lombaires intolérables, de tranchées utérines prolongées et qu'on trouve dans un état inquiétant : une piqûre vient à propos calmer leurs souffrances.

Enfin au début d'un travail prématuré, une ou deux injections de morphine, pratiquées même avec un commencement de dilatation, arrêtent les douleurs. Le col se referme, tout rentre dans l'ordre et la grossesse continue jusqu'au terme.

Nous apportons à ce sujet une série d'observations inédites dues à l'obligeance de M. le Prof. Fabre. Elles sont assez probantes pour se passer de commentaires, une seule (obs. VI) comporte un insuccès relatif; c'était une endométrite déciduale, cas peu favorable.

OBSERVATION I

Clinique obstétricale de la Charité. Prof. FABRE. — Arrêt du travail à 7 mois 1/2. Accouchement 22 jours après.

Jeanne J..., 18 ans, II pare, enceinte de 7 mois 1/2, entre à la clinique le 18 janvier 1914 au soir. Les douleurs ont débuté à 14 heures et se renouvellent tous les quarts d'heure.

Examen à l'entrée dans la salle des douleurs : hauteur utérine 30 centimètres, tête mobile. Au toucher : col presque effacé, dilatation à 1 centimètre ; on peut sentir les membranes tendues.

Les douleurs cessent à 22 heures.

19 janvier. La malade a été calme toute la nuit. La tête est fixée, mais le col est toujours le même. Cependant les douleurs ne revenant pas on fait passer la malade aux expectantes.

21 janvier. La femme reprend des douleurs très accentuées et fréquentes ; on la fait alors monter à la salle des douleurs ; une injection de morphine de 1 centigramme est pratiquée ; les douleurs cessent complètement. La malade est alors renvoyée aux expectantes, où elle n'a plus ressenti de douleurs. L'accouchement a lieu le 10 février.

OBSERVATION II

Clinique du Prof. FABRE. — Arrêt du travail à 8 mois.
Accouchement à terme.

Marie-Louise L..., 17 ans, I pare, enceinte de 8 mois, entre à la clinique le 4 décembre 1913.

Les douleurs ont débuté la veille à 15 heures ; au début c'était des douleurs lombaires régulières, mais peu intenses.

Au toucher : col très en arrière, non dilaté, mais effacé.

Depuis l'entrée, douleurs toutes les trente minutes, assez fortes ; durée : une minute.

Elles n'augmentent pas sensiblement, mais persistent,

aussi on fait une injection de morphine de 1 centigramme. Les douleurs cessent bientôt et la grossesse continue sans incident jusqu'à terme.

Accouchement le 9 janvier d'une fille vigoureuse.

OBSERVATION III

Clinique du Prof. FABRE. — Arrêt du travail à 7 mois.
Accouchement à 8 mois 1/2.

Marie D..., 24 ans, II pare, enceinte de 7 mois.

Entre à la clinique, aux expectantes, le 30 mars 1914.

Elle a des douleurs depuis trois ou quatre jours, elles sont devenues assez violentes depuis la veille au soir.

A l'entrée l'examen montre un utérus extrêmement tendu, très douloureux à la palpation et avec des contractions fortes.

Au toucher : début de dilatation. La malade est envoyée à la salle des douleurs.

On lui a fait deux injections de 1 centimètre cube qui arrêtent complètement les douleurs.

La grossesse continue sans incident jusqu'au 9 mai. A cette date, accouchement normal d'un garçon de 3070 gr.

OBSERVATION IV

Clinique du Prof. FABRE. — Arrêt du travail prématuré
un mois avant l'accouchement.

Pauline C..., 30 ans, primipare, enceinte de 7 mois 1/2.

Entrée le 5 mars 1914 à la clinique. Douleurs abdominales et lombaires assez vives et régulières.

Au toucher : début de travail, dilatation du col à 1 centimètre.

On pratique une piqûre de morphine ; les douleurs cessent une demi-heure après.

La malade est envoyée aux expectantes, où elle demeure jusqu'à son accouchement qui a lieu le 8 avril 1914.

Enfant vigoureux de 2450 grammes.

OBSERVATION V

Clinique du Prof. FABRE. — Arrêt du travail prématuré.
Accouchement à terme.

Marie G..., 28 ans, primipare, enceinte de 8 mois. Pas d'accidents de la grossesse.

Entre le 25 décembre 1913 aux expectantes.

1^{er} janvier. Début de douleurs qui deviennent bientôt de plus en plus fréquentes.

Piqûre de morphine de 1 centigramme ; les douleurs cessent.

Accouchement à terme le 22 janvier 1914 ; rupture prématurée des membranes ; l'enfant est un garçon de 3930 gr.

OBSERVATION VI

Clinique du Prof. FABRE. — Accouchement prématuré retardé par la morphine.

Louise C..., 22 ans, III^e pare, entrée le 9 février 1914 à la clinique.

Dernières règles le 1^{er} août. Accouchement probable 7 mai,

Depuis le 4 février, pertes assez abondantes de sang rouge sans caillots.

A l'entrée (9 février) les pertes sont hydro-hématiques, il n'y a pas de contractions, mais l'utérus est assez tendu.

Les 9, 11 et 13 février on fait chaque jour une injection de morphine : les pertes diminuent. Les jours suivants on donne du chloral.

Le 24 février, début des douleurs qui deviennent rapidement très fortes ; on fait une injection de morphine, mais le travail continue : l'accouchement se fait. L'enfant, de 1400 grammes, meurt dans la soirée.

CHAPITRE II

Effets eutociques de la morphine au cours de l'accouchement.

En vertu de son influence sur l'intensité, la durée et le rythme des contractions du muscle utérin, la morphine pourra être employée avec succès pour diminuer des contractions exagérées, ou pour faire disparaître la contracture du corps ou du col de la matrice.

Il y a des femmes qui se débattent avec furie et sont prises d'un besoin irrésistible de pousser de toutes leurs forces jusqu'à ce qu'enfin elles projettent soudainement l'enfant hors de la vulve. Alors le périnée est largement déchiré, le col peut l'être aussi, il peut se produire l'arrachement du cordon, le décollement intempestif du placenta. En général, une piqûre de morphine calme cet état d'excitation et permet d'écarter ces accidents.

D'autres fois, au contraire, le travail est arrêté par la contracture du corps de l'utérus ou de son col ; ces états peuvent arriver à être très prononcés, c'est la tétanisation de l'utérus ou la rigidité spasmodique du col qui exigent l'anesthésie profonde et l'intervention ; mais, dans les cas légers, une dose de 1 ou 2 centigrammes de morphine fait céder le spasme et le travail continue normalement.

Ces mêmes phénomènes de contracture se rencontrent au moment de la délivrance, l'utérus se contractant sur l'arrière-faix. Cet accident se produit surtout à la suite de l'emploi d'ergot de seigle, quand on ne s'est pas conformé au précepte de Pajot : « Ne jamais donner d'ergot tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus ».

M. Commandeur conseille d'essayer dans ce cas la morphine en injections sous-cutanées ou un lavement avec chloral et laudanum. Dans les cas heureux, on réussit ; dans les cas graves, elle a toujours l'avantage de commencer l'anesthésie si on doit en venir à une intervention.

On a plus souvent encore à faire appel aux propriétés analgésiques de la morphine au cours du travail lorsque les douleurs ont une intensité exagérée, soit du fait de certaines dispositions anatomiques, soit du fait de la susceptibilité particulière de la parturiente. Ces douleurs exacerbantes sont le plus souvent localisées dans la région lombaire ou sacrée. C'est ce que les femmes appellent accoucher par les reins ; ces douleurs sont plus pénibles que les douleurs abdominales, elles agacent et fatiguent les malades sans faire avancer le travail.

La morphine donne ici de bons résultats, elle favorise la rapidité du travail, car la femme dont la dilatation s'est faite sans souffrance pousse avec confiance.

Parfois un léger obstacle cervical crée des douleurs très vives qui amènent par réflexe un certain spasme qui accroît encore la durée de la dilatation. En calmant ces douleurs si vives, on voit la dilatation se

faire plus vite, et l'accouchement se terminer dans les meilleures conditions.

En somme, la morphine à doses légères peut être considérée comme eutocique, en ce sens qu'elle modère et régularise les contractions lorsqu'elles sont exagérées ; et que, d'autre part, elle facilite dans beaucoup de cas l'évolution du travail en supprimant l'élément névralgique ou spasmodique qui peut le gêner.

Pour cet usage, nous signalerons comme succédané, qu'on peut d'ailleurs lui associer avec avantage, le chloral. Ce médicament, à la dose de 2 à 3 grammes en potion, est également un bon modérateur des douleurs. Nous mentionnons ici cette association à propos des propriétés eutociques de la morphine, le chloral étant plutôt un calmant qu'un anesthésique, au contraire des médicaments dont nous allons parler.

CHAPITRE III

Emploi de la morphine associée à d'autres anesthésiques.

Les opérations obstétricales nécessitent souvent une narcose profonde et prolongée ; la morphine est souvent donnée dans ce but pour renforcer les effets du chloroforme ou de l'éther et produire une anesthésie plus durable avec de moindres doses.

Une autre association du même ordre est la scopolamine-morphine, très en faveur en Allemagne, et qui produit une anesthésie relative et non sans inconvénients.

MORPHINE ET CHLOROFORME.

L'action de la morphine associée au chloroforme a été signalée par Claude Bernard, en 1864, en même temps que le chirurgien allemand Nussbaum en constatait les effets au cours de ses opérations. Ils montraient qu'une injection de morphine, pratiquée au moment où cesse l'action du chloroforme, rétablit et prolonge l'anesthésie. Claude Bernard proposa d'injecter la morphine, puis de donner le chloroforme à plus petites doses, ce qui permettrait d'arriver à une anesthésie plus profonde et à une résolution musculaire plus complète.

Guibert, de Saint-Brieuc, proposa l'application de cette méthode à l'anesthésie obstétricale.

Pajot ne peut admettre que cette association de deux médicaments puisse atténuer la douleur sans modifier notablement les contractions régulières de l'utérus.

Cette méthode peut rendre des services, par exemple pour une intervention telle que la version où elle faciliterait les manœuvres dans le cas de contracture.

MORPHINE ET ETHER.

Cette association a aussi pour but de donner une narcose plus profonde, mais, de plus, M. le Prof. Fabre signale une autre indication dans l'anesthésie

des femmes cardiaques. Une piqûre de morphine calme la tachycardie et permet de faire une anesthésie à l'éther plus discrète.

SCOPOLAMINE-MORPHINE.

La scopolamine ne peut être employée seule en obstétrique, car c'est un poison trop violent ; c'est pourquoi on lui a associé son antidote, la morphine. Le père de cette méthode fut Steinbuchel, mais le véritable initiateur est Gauss, assistant de Krönig, qui répandit en Allemagne la méthode du demi-sommeil.

Elle consiste dans l'injection sous-cutanée d'un mélange de 3 ou 6 décimilligrammes de scopolamine avec 1 centigramme de morphine. L'injection peut être renouvelée, à condition de ne pas dépasser 1 milligramme de scopolamine.

Gauss se sert comme critérium de l'épreuve du souvenir : on montre à la parturiente un objet toutes les 30 minutes et on lui demande si on le lui a déjà montré ; il faut que la femme ne se souvienne pas de l'avoir déjà vu.

Cette méthode, employée en Allemagne, est à peu près abandonnée par les accoucheurs français.

On reproche à ce produit de donner lieu à des accidents et d'avoir une action plutôt défavorable sur le travail. La scopo-morphine a en effet une action excitante sur le système nerveux central ; elle provoque le délire ; elle occasionne aussi quelques troubles cardiaques et pulmonaires.

Ces effets paraissent devoir être attribués surtout à la scopolamine, environ cent fois plus toxique que la morphine.

Il semble aussi que la scopo-morphine donne plutôt un oubli du souvenir qu'une véritable sédation de la douleur : la femme accouche comme dans un délire.

L'action sur l'utérus paraît être plutôt défavorable et aboutit trop souvent à affaiblir les contractions abdominales ; de ce fait, elle prolonge la période d'expulsion et prédispose ainsi à l'inertie utérine et aux hémorrhagies de la délivrance.

Les résultats sont peu rassurants pour l'enfant, un grand nombre naissent en oligopnée ; l'asphyxie est fréquente et la mortalité élevée.

En somme, l'emploi doit être réservé à la femme bien portante, non cardiaque, sans lésions pulmonaires ou rénales, et son but essentiel et unique doit être d'atténuer par le demi-sommeil l'intensité des douleurs.

CHAPITRE IV

Morphine à haute dose comme analgésique obstétrical.

LA TOCALGINE.

A la séance de l'Académie de Médecine du 21 juillet 1914, M. Ribemont-Desaignes présenta un rapport

sur l'analgésie obstétricale au moyen d'un médicament préparé par MM. Paulin et Laurent. Ce corps a été obtenu en faisant agir sur une solution de chlorhydrate de morphine des ferments tels que ceux de la levure de bière.

M. Ribemont-Desaignes apporte 112 cas d'injections analgésiantes dans des accouchements ayant donné naissance à 115 enfants.

La technique suivie consiste à injecter dans les muscles de la cuisse 1 cc. 1/2 de la solution, dès que le travail est franchement déclaré, avec une dilatation de 50 centimes à 1 franc.

On pratique une ou deux nouvelles injections d'un demi cc. s'il y a lieu.

L'analgésie est obtenue au bout de dix à vingt minutes. Les contractions deviennent de moins en moins douloureuses et dans la plupart des cas l'analgésie est complète, la femme somnole.

Les contractions cependant ne perdent rien de leur force ni de leur fréquence, ainsi qu'en témoigne la durée moyenne du travail dans les cas observés, durée qui n'est pas allongée du tout. De plus, M. Ribemont-Desaignes a pris avec la méthode hystérographique du Prof. Fabre, des tracés qui montrent que les contractions ne sont pas modifiées.

La totalgine favoriserait souvent la dilatation entravée par le spasme chez les femmes qui souffrent, et l'expulsion serait facilitée par l'analgésie.

La délivrance et les suites de couches sont favorablement influencées, ainsi que le montre la régression rapide de l'utérus.

Quant aux enfants, ils naissent dans la proportion d'un tiers en état d'apnée ou d'oligopnée, mais qui cesse facilement par les moyens habituels.

M. le Prof. Pinard à la même séance de l'Académie rapporte qu'il a fait à la clinique Baudelocque une série d'essais dont les résultats confirment ceux de M. Ribemont-Desaignes.

Il n'a constaté aucun accident chez les femmes ni chez les enfants.

Il admet que le centre respiratoire est très souvent influencé chez les enfants. Mais cette action pourra être utile dans les cas où la respiration prématurée est à redouter.

L'ANALGÉSIE A LA MORPHINE.

La drogue utilisée sous le nom de tocalgine a été analysée par MM. Gabriel Bertrand et Meyer, qui en ont éprouvé la toxicité. Ils n'y ont trouvé trace d'aucune autre substance active que le chlorhydrate de morphine dosé à 3, 4 pour 100, ce qui ferait pour la dose de 1 cc. 1/2 injectée en une seule fois 5 centigrammes de morphine, ce qui paraît énorme.

En réalité, c'est que les données sur la morphine sont incomplètes. Des essais sur l'analgésie par le chlorhydrate de morphine ordinaire ont été faits par M. Le Lorier, chef de clinique de Ribemont-Desaignes, qui a injecté à cinq femmes en travail une solution à 3,24 pour 100 à la dose de 1 cc. 1/2.

Il en a conclu que les deux drogues ont à peu près les mêmes effets, en particulier sur la suppression de la douleur inhérente à la contraction utérine. L'en-

fant est né très bleu, mais dans chaque cas il a pu être ranimé aisément.

M. G. Bertrand conclut qu'on peut employer de hautes doses de sel de morphine pour obtenir une analgésie profonde et sans danger. On pourra aller jusqu'à 4 centigrammes en injectant 2 cc. d'une solution à 2 pour 100.

Il est possible que la tocalgine donne dans l'avenir les résultats qu'en attend M. Pinard ; mais jusqu'à plus ample informé le chlorhydrate de morphine simple ne doit être employé qu'avec prudence à cause de son effet sur la contraction et du danger sérieux qu'il fait courir à l'enfant. Il doit être réservé aux cas spéciaux, comme les douleurs intolérables, les contractions exagérées et avec toute la réserve que comportent les susceptibilités individuelles.

TROISIÈME PARTIE

LA MORPHINE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE

La morphine à fortes doses contre les crises d'éclampsie a été très en honneur dans les maternités allemandes et américaines. Clark aux Etats-Unis, et Veit en Allemagne, considéraient cette méthode comme un progrès marqué sur les précédentes.

La raison de cette préférence était dans les qualités remarquables de ce produit, qui abaisse la pression artérielle toujours élevée dans l'éclampsie, qui a une action diaphorétique incontestable, et surtout arrête les convulsions en calmant le système nerveux.

Ce moyen avait déjà été préconisé par Reynold-Wilson, Wood, Brunton, mais des essais plus concluants furent faits ensuite.

Clark, en 1880, fit connaître ses résultats ; il employait des doses variant entre 6 et 9 centigrammes en 8 heures.

G. Veit, de Leyde, pratiqua des injections de 2 ou 3 centigrammes par heure et atteignit des doses énormes de 12 à 20 centigrammes en 9 heures. Il affirme n'avoir jamais observé d'accidents graves.

Olshausen, en 1900, indique également l'emploi de doses fortes, 9 centigrammes en 24 heures.

Les résultats obtenus ne sont guère concordants : si Veit prétend avoir abaissé la mortalité à 3,33 pour 100; par contre, Olshausen accuse une mortalité de 25 pour 100. Löhlein, sur une statistique de 27 cas, a une mortalité de 13,8 pour 100. Tittel a 57 pour 100 de décès.

Une thèse récente d'Amsterdam (De Vrieze, th., 1910) donne la statistique des cas traités à la clinique du Prof. Treub par la morphine à haute dose, jusqu'à 20 centigrammes en 24 heures. Sur 121 cas, il y eut 63 morts, soit 52 pour 100. La plupart des cas observés par Treub étaient très graves et la mortalité fœtale fut de 46 pour 100.

Actuellement, en Allemagne, on tend à restreindre les doses de morphine dans l'éclampsie en l'associant à d'autres anesthésiques.

Hönig emploie l'anesthésie à l'éther ou au chloroforme suivie d'une injection de 4 centigrammes à la fois.

En France, la morphine est peu employée; cependant, depuis 1909, le Prof. Rouvier, d'Alger, dans une série de communications et dans deux thèses, vante ses effets et actuellement il l'emploie d'une façon systématique dans tous les cas d'éclampsie à la clinique d'Alger.

D'après cet auteur, l'emploi de la morphine aurait pour but d'atténuer ou d'enrayer les crises qui sont un facteur d'aggravation :

« Par les modifications subites et perturbatrices
« qu'elles provoquent dans l'organisme, ces crises
« constituent un élément d'aggravation des plus sé-

« rieux: Aux entraves dans la circulation des capil-
« laires consécutives à l'action vaso-constrictive pro-
« voquée par les poisons du sang, se surajoutent les
« congestions passives de divers organes pendant la
« période des convulsions toniques. »

C'est pourquoi le Prof. Rouvier préconise l'emploi de la morphine comme anticonvulsif, médication qu'il complète en désintoxiquant l'organisme au moyen de ce qu'il appelle les adjuvants : lavages de l'estomac et de l'intestin et antisepsie interne par l'helmitol.

Il considère l'emploi des hautes doses comme indispensable pour tous les cas sans exception. Le minimum à injecter est de 4 centigrammes et demi. Les 4 premiers centigrammes sont injectés en une heure : 2 centigrammes d'emblée, puis, au bout d'une demi-heure, 1 centigramme et un autre au bout de l'heure.

Si les crises cessent complètement, on injecte seulement un demi-centigramme, sinon on continue à injecter toutes les heures 1 centigramme jusqu'à la cessation des crises.

Les résultats obtenus par le Prof. Rouvier sont assez satisfaisants : depuis la fin de 1909 jusqu'en 1913, 20 observations d'éclampsies traitées par les injections de morphine ont été recueillies, sur lesquelles il y a eu 2 morts, donc 10 pour 100 de mortalité.

Du 1^{er} janvier 1913 en avril 1914, sur 13 cas il aurait eu 2 morts, soit 15 pour 100 de décès. Ces 2 cas étant des femmes entrées avec déjà des complications qui devraient les faire rayer de la statistique.

En résumé, l'emploi de la morphine dans l'éclamp-

sie a donné des résultats réels, mais variables. Le gros reproche qu'on fait à cette méthode, c'est d'introduire un poison de plus dans l'organisme déjà intoxiqué, et chez des malades dont les reins présentent presque constamment des lésions, ainsi que l'a montré le Prof. Bar.

Les grosses doses ne sont pas sans inconvénients ; on voit parfois survenir des accidents comme le râle trachéal, le ralentissement de la respiration et la dépression du pouls ; ces accidents ont été signalés dans les cas, par exemple, où l'on administre 12 centigrammes et plus dans l'espace de 9 heures. Il faut alors pratiquer la respiration artificielle, éliminer les mucosités qui s'accumulent dans l'arrière-gorge et faire des injections sous-cutanées d'éther.

Les fœtus sont aussi fâcheusement influencés par ces fortes doses ; on signale qu'ils naissent souvent en état d'apnée ou de mort apparente, et la mortalité est assez élevée dans plusieurs statistiques.

Le Prof. Rouvier se fait le défenseur de la méthode ; il s'est assuré, d'après ses observations, que l'élimination urinaire n'a jamais été entravée par la morphine qui, au contraire, favoriserait la décharge en arrêtant les crises.

Ses élèves, Bardy et Delmas, ont montré, d'après leurs recherches, que la morphine est éliminée rapidement dans l'urine.

Il admet cependant qu'elle n'a pas une action spécifique sur l'éclampsie, puisqu'il lui associe des adjuvants.

MORPHINE ASSOCIÉE AU CHLORAL.

L'emploi combiné du chloral et de la morphine a été expérimenté dans la clinique obstétricale de Berlin par Stroganoff, qui présenta sa méthode en 1900 au Congrès de Paris.

La statistique qu'il apportait était de 92 cas, dont 5 décès, soit 5,4 pour 100.

Depuis cette époque, il a rassemblé 360 cas avec une mortalité de 6 pour 100.

Il donne la morphine et le chloral à doses alternantes, contre les accès convulsifs. Une injection de 1 centigr. 1/2 de morphine est pratiquée, puis répétée une heure après. Dans les deux heures qui suivent cette injection, on donne un lavement avec 3 grammes de chloral dans une solution gommeuse. Le même traitement est recommencé 4 heures après, si c'est nécessaire.

Roth a expérimenté à la clinique Léopold, à Munich, la méthode de Stroganoff et, dans 31 cas, il eut un seul décès, ce qui fait une belle statistique : 3,2 pour 100. Le traitement parut surtout efficace en dehors du travail.

L'avantage de ce traitement, d'après Stroganoff, serait que l'action simultanée des deux moyens calmants est plus forte que l'action d'un seul, même pris à haute dose.

Les accoucheurs français, et surtout les lyonnais, à la suite de Fochier, préfèrent la médication chloralique à la morphine.

Cependant, bien avant Stroganoff, Vinay, accou-

cheur à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans son *Traité des maladies de la grossesse*, en 1894, montre les avantages de la morphine dont l'emploi est facile et l'action rapide et bienfaisante ; mais comme elle cause des phénomènes de dépression, il est d'avis de l'employer à doses modérées et de lui adjoindre le chloral lorsque son action est insuffisante à faire cesser les convulsions.

En effet, la morphine est un anticonvulsif très efficace, et préférable au chloroforme, qui augmenterait la fragilité globulaire et exercerait une action néfaste sur la cellule hépatique (Doyon et Morel).

Mais c'est un moyen souvent insuffisant, car elle ne peut être donnée à fortes doses ni souvent renouvelées ; c'est pourquoi il est bon de continuer ses effets sédatifs par le chloral. Celui-ci peut être donné largement et aurait peut-être, comme le pensait Fochier, une action neutralisante sur les toxines éclamptigènes.

En résumé, la morphine ne peut être considérée comme spécifique de l'éclampsie.

Il est exagéré de la donner à des hautes doses comme le faisait Veit, d'ailleurs les statistiques l'ont démontré. Au contraire, à doses moyennes, concurremment avec une thérapeutique de désintoxication telle que saignée, grands lavages de l'estomac et de l'intestin, elle ne présente aucun inconvénient et produit une détente salutaire du système nerveux.

Nous reproduisons plus loin plusieurs observations, les unes de la méthode de Rouvier : morphine et adjuvants ; les autres, plus rares, d'emploi de la morphine à la Maternité de Lyon.

D'après ces quelques observations assez détaillées,

on peut se rendre compte que, même dans le cas d'albuminurie massive, la morphine n'a pas causé d'accidents. Il est vrai que dans tous les cas, aussi bien dans ceux de M. Rouvier que dans ceux de M. Commandeur, on n'a négligé aucun moyen de désintoxication et de diurèse.

On sera plus en sécurité pour donner de la morphine chez les malades dont l'élimination urinaire paraîtra relativement conservée : quantité d'urine peu diminuée, albuminurie discrète, et élimination des chlorures suffisante.

Dans l'éclampsie post partum, on sera aussi plus à l'abri de complications du côté du fœtus et on n'aura pas à craindre d'entraver le travail. Il est certain, d'autre part, que l'involution de l'utérus n'est en rien troublée par le médicament.

TRAITEMENT DU DÉLIRE POST-ÉCLAMPTIQUE.

Après l'éclampsie, alors même que la fonction urinaire est redevenue régulière et que tout indique la guérison, il n'est pas rare d'observer du délire qui affecte la forme de la manie ou de la confusion mentale avec hallucinations.

Deux des observations que nous présentons plus bas en sont des exemples.

Ces états délirants, surtout lorsqu'il y a de l'agitation, seront justiciables de l'emploi de la morphine.

En effet, comme l'avaient remarqué divers auteurs, Moreau de Tours, Legrand du Saule, Voisin, Régis, etc., la morphine est efficace dans divers cas de folie confirmée. A plus forte raison, elle pourra être

employée avec succès dans les divers délires compliquant l'éclampsie et même les infections puerpérales.

Le délire post éclamptique débute, en général, plusieurs heures après la dernière crise, souvent même alors que la malade a repris toute sa connaissance.

Il se manifeste par de l'agitation souvent extrême, qui devient un obstacle aux soins hygiéniques et thérapeutiques, tels que lavages intestinaux, instillations de sérum. Les malades veulent se lever, se sauvent dans les salles. Souvent on est obligé d'avoir recours à la camisole de force.

Certaines malades ne cessent, au cours de leur agitation, de pousser des cris aigus et perçants. Les malades ont souvent des hallucinations : elles s'adressent à des personnes imaginaires, ou décrivent des visions terrifiantes.

Ces hallucinations sont souvent dominées et transformées par les idées de persécution qui la hantent.

La durée de ces délires est de plusieurs jours, la guérison est la règle ; ils constituent cependant une complication ennuyeuse et dangereuse pour la femme et son entourage.

Le Prof. Rouvier constate que le nombre de ses cas de délire post éclamptique s'est considérablement réduit depuis qu'il a adopté le traitement par la morphine à doses fortes et ses adjuvants. Il conseille d'employer de nouvelles doses de morphine contre les manifestations délirantes. Après une injection, la malade redevient calme et s'endort ; au réveil, la lucidité lui revient et on peut continuer tous les soins hygiéniques et administrer les médicaments qui sont

nécessaires. De tout ce qu'on a essayé, c'est encore la morphine qui réussit le mieux à calmer rapidement les états d'agitation.

OBSERVATION I

Maternité de la Charité. D^r COMMANDEUR.

Eclampsie grave : 9 crises avant l'entrée, 27 dans le service. Traitement : morphine, chloral. Ballon de Champetier. Craniotomie et délivrance artificielle. Délire postéclampsique.

Louise M..., 21 ans, II pare, grossesse à 8 mois. Entrée à la Maternité le 17 mars 1914, à 18 heures 30.

La malade a déjà présenté plusieurs crises d'éclampsie au cinquième mois, sans albuminurie.

Le matin de l'entrée, à 1 heure, apparition de crises assez fortes qui n'ont pas été comptées et qui sont devenues plus fréquentes et presque subintrantes à partir de 12 heures.

Arrivée dans le service à 18 heures 30, elle a présenté neuf crises pendant le trajet de Givors à Lyon.

A son entrée elle est dans le coma, cyanosée, respiration stertoreuse, température 37°4.

A l'examen : hauteur utérine 28 cent., les bruits du cœur ne sont pas perçus. On fait le cathétérisme vésical qui donne un verre d'urine; on y décèle un disque d'albumine.

A 19 h. 15. Saignée de 500 gr. Ensuite lavage d'estomac et chloral.

Les crises se succèdent toujours tous les quarts d'heure.

Injection de 2 centigr. de morphine.

Pas d'amélioration notable : on fait appeler M. Commandeur qui met le ballon de Champetier.

22 heures. Le total des crises depuis l'entrée est de 17. Elles paraissent s'espacer. On donne un lavage intestinal. A ce moment, l'examen montre le col dilaté à deux frons avec début des contractions.

18 mars, 1 heure. Les crises sont beaucoup plus espacées mais toujours assez fortes.

1 heure 45. Les crises sont rares, la respiration se régularise, la femme est assez calme.

2 heures. Plus de crises. Mais le pouls est petit, on injecte 10 cc. d'huile camphrée.

4 heures. Dilatation à 5 francs. On continue à donner du chloral toutes les heures.

8 heures. Le cathétérisme permet de retirer 100 cc. d'urine. Température 38°5.

Le col est dilaté à 6 centimètres.

10 heures. Malade calme, respiration toujours un peu stertoreuse ; M. Commandeur décide d'intervenir.

Anesthésie au chloroforme. On retire le ballon, on achève la dilatation et une craniotomie est pratiquée.

L'enfant, mort depuis plusieurs jours, a un poids de 2830 gr. Délivrance artificielle.

11 heures 5. La malade est transportée dans son lit, elle est calme et respire mieux. Pouls 120.

Le chloral est continué ; on fait aussi des lavages intestinaux et du sérum glycosé en instillation rectale 600 gr.

17 heures. La malade a repris connaissance, mais elle ne se souvient plus de ce qui vient de se passer ; elle demande où elle est. Puis elle est prise de délire avec hallucinations : elle raconte qu'elle voit des animaux, etc.

Lans la soirée le délire s'accroît, les hallucinations continuent et la malade est très agitée et pousse des cris.

Injection de 1 centigramme de morphine, qui calme la malade.

21 mars. Le matin la malade est calme, répond bien aux questions. A partir de midi recommence le délire avec agitation et hallucinations.

On continue à donner du lait et du chloral.

20 heures. Agitation et cris ; la malade doit être surveillée.

On fait une injection de 1 centigramme de morphine.

Le délire persiste, mais devient calme ; la femme a seulement quelques hallucinations, elle voit la Sainte Vierge, les anges, puis elle s'endort jusqu'au matin.

22 mars. Comme la veille, calme le matin, reprise du délire avec agitation le soir ; la malade se lève, veut sortir, on est obligé de la maintenir dans son lit.

Du 23 au 26. Persistance de cet état de délire ; idées de persécution ; elle croit qu'on veut l'empoisonner et veut partir chez elle. Il y a cependant des périodes de calme.

Les urines contiennent toujours de l'albumine.

31 mars. La malade reprend peu à peu son état normal ; les états délirants sont plus écourtés.

7 avril. La malade quitte le service en bonne santé. Plus d'albumine.

OBSERVATION II

Maternité de la Charité. Dr COMMANDEUR.

Albuminurie de la grossesse. Crises d'éclampsie. Morphine et choral. Forceps au détroit inférieur. Enfant vivant de 6 mois 1/2. Guérison.

Elisa B..., 25 ans, femme de chambre, 1^{er} pare, grossesse à 6 mois 1/2.

Pendant toute sa grossesse la femme a eu de l'albumine, de l'œdème des jambes, de la céphalée frontale et des douleurs épigastriques.

Elle entre le 13 septembre 1913.

1^{re} crise à 9 heures 30.

2^e crise à 13 heures.

3^e crise à 16 heures 30.

Elle arrive à la Maternité en pleine crise à 16 heures 30. Elle est ensuite très agitée et on constate de l'œdème généralisé.

Hauteur utérine 27. Bruits du cœur perçus.

Cathétérisme : urine jaune paille renfermant un disque épais d'albumine.

Le dosage au tube d'Esbach montre que la quantité atteint 12 grammes.

On lui donne un lavement purgatif.

19 heures. Lavage d'estomac, on introduit 4 grammes de chloral par la sonde.

Ils sont rejetés aussitôt.

L'interne fait alors 1 centigramme de morphine ; la malade devient calme.

Elle ne peut prendre du chloral, car elle le vomit aussitôt.

20 heures. Même état : la malade vomit tout.

21 heures. Forte crise qui dure deux minutes et demie, à ce moment on fait une piqûre de morphine : 1 centigramme.

La malade est calme, elle garde bien un lavement avec 6 grammes de chloral et finit par s'endormir.

La nuit est bonne : plus d'agitation ni de vomissements.

14 septembre. 7 heures. Miction de 400 grammes, on donne à boire, mais elle vomit encore.

8 heures 30. Apparition de contractions utérines espacées de dix minutes.

9 heures 30. Lavement purgatif ; selles abondantes. Les contractions continuent.

13 heures. La dilatation est complète et la poche des eaux est rompue sans qu'on s'en soit aperçu. Mais les contractions s'espacent et on fait alors une injection de pituitrine qui ne produit que peu d'effets.

Après trente minutes d'expectation le travail ne progressant pas, l'interne fait une application de forceps au détroit inférieur. L'enfant naît étonné, mais crie bientôt. Son poids est 2030 gr. La tête est mal ossifiée ; on le met en couveuse.

Après l'accouchement suintement sanguin, on fait la délivrance par expression, le placenta est complet mais couvert de caillots. Nombreux infarctus blancs.

Les caillots recueillis pèsent 1300 grammes.

Après deux injections iodo-iodurées, l'utérus reprend sa tonicité.

La nuit est bonne.

Dans les suites de couches l'albumine tombe à 50 centigrammes et le volume des urines atteint 1800, puis deux litres.

A la sortie au seizième jour, l'état est satisfaisant, néanmoins il persiste un léger nuage d'albumine.

OBSERVATION III

Prof. Jules ROUVIER. — Clinique obstétricale d'Alger
(in obstét. 1913, mois de juin).

Éclampsie post partum, 1^{re} pare, 26 ans. Première crise 7 h. 40 après la délivrance. Seize crises rapprochées en 18 h. 30. Total 19 crises en 24 h. 45, enrayées après injection de 7 centigrammes de morphine après échec du chloral. Violent délire post éclamptique, enrayé par une nouvelle injection de 1 centigramme de morphine. Guérison.

Le 19 février 1913, à 10 h. 50, entre au pavillon Tarnier la nommée L. S..., primipare de 26 ans, avec le diagnostic d'éclampsie post partum.

A son entrée dans le service la malade est dans le coma. La famille donne les renseignements suivants : c'est une ouvrière qui avait un régime alimentaire convenable, mais au septième mois de sa grossesse, elle a présenté de l'œdème des jambes, quelques étourdissements et des troubles de la vue. Ses urines avaient été vues sept jours avant l'accouchement et ne renfermaient pas d'albumine.

Le 18 février, accouchement normal, enfant 2 kg. 900 ; délivrance normale demi-heure après. Jusqu'au soir la malade se sentit bien, mais à ce moment elle commença à avoir des maux de reins et parut agitée.

A 23 heures, une crise d'éclampsie se produisit. Deuxième crise à minuit et plusieurs assez espacées ; en tout treize crises avant son entrée, dont une pendant le trajet. Avant l'entrée à l'hôpital la malade avait uriné spontanément 500 grammes d'urine claire. Le docteur appelé avait ordonné un lavement purgatif et 4 grammes de chloral ; ces deux lavements furent donnés par la sage-femme.

Entrée dans le service à 10 h. 40. La malade est dans le coma. M. le Prof. Rouvier ordonne de commencer immédiatement le traitement antiéclamptique.

A 11 heures, 1 centigramme de morphine.

A 11 h. 25, cathétérisme donne 250 grammes d'urine claire, contenant de l'albumine, 0,60 à l'Esbach. Pendant le cathétérisme une nouvelle crise se déclare, quatorzième crise d'une minute et demie.

A 11 h. 30, lavage intestinal de 8 litres; matières évacuées noirâtres et fétides. On fait absorber de l'helmitol par voie rectale.

A 11 h. 45, quinzième crise; à la suite on injecte le deuxième centigramme de morphine.

A 12 h. 20, seizième crise.

A 12 h. 45, injection d'un troisième centigramme de morphine.

A 13 h. 20, lavage stomacal, liquide blanchâtre, aigre; lavage d'estomac; on fait absorber ensuite une deuxième dose d'helmitol.

A 14 h. 45, injection de 1 demi-centigramme de morphine (4^e cg.).

16 heures : cathétérisme, 125 grammes d'urine.

16 h. 45, inj. de 1 demi-centigramme de morphine (4^e cg.).

A ce moment, quelques râles sous-crépitaux aux bases des deux poumons, respiration bruyante, ralentie; sept inspirations par minute. La malade est dans un coma assez profond, mais elle réagit aux piqûres.

A 17 heures, lavage d'estomac de 6 litres : liquide clair.

A 17 h. 5, dix-septième crise d'une minute.

A 18 h. 10, injection de 1 centigramme de morphine (5^e cg.).

A 18 h. 30, lavage intestinal : 6 litres; helmitol.

A 18 h. 50, cathétérisme : 125 grammes d'urine.

A 20 h. 10, injection de 1 demi-centigramme de morphine.

A 23 h. 10, dix-huitième crise : une minute et demie.

A 23 h. 15, injection de morphine : 0,01 (6^e cg. 1/2).

A 23 h. 45, dix-neuvième crise. La malade présente de la cyanose de la face et des extrémités. Ballons d'oxygène.

A 24 heures, injection de 1 demi-centigramme de morphine (7^e cg.).

20 février, 2 h. 10, injection de 1 demi-centigramme de morphine (8^e cg.).

A 5 h. 7, température 37°; pouls 108.

A 6 heures, la malade semble se réveiller. Cathétérisme donnant 1 litre d'urine.

A 6 h. 20, lavage intestinal et helmitol. Pendant le reste de la journée, on fait encore un lavage intestinal et l'on donne de l'helmitol. La malade est toujours à la diète hydrique.

21 février. La malade urine toute seule. Elle est toujours à la diète hydrique. Elle présente de l'agitation et divague. Elle veut se lever et aller vers son père qu'elle voit mourir. Elle appelle, se lève sur son lit, pousse des cris ; elle urine abondamment sous elle, ce qui empêche de faire le cathétérisme. On lui donne du véronal.

22 février. On continue les lavages intestinaux et l'helmitol. Vers 8 heures, la malade répond bien aux questions qu'on lui pose. On la met au régime lacté.

Le soir, nouvelle hallucination : 2 cachets de véronal sont donnés sans succès.

23 février. Le matin la malade a encore des hallucinations ; le soir le délire est plus fort ; elle se lève sur son lit ; elle veut se sauver « pour aller voir son mari qui est en train de se noyer », dit-elle.

24 février. On fait le matin une injection de 1 centigramme de morphine. L'après-midi est calme, elle sommeille et délire moins. Le soir elle est très calme et demande qu'on lui enlève la camisole de force et consent à prendre d'elle-même un peu de lait ; mais elle a encore peur qu'on ne l'empoisonne.

25 février. La nuit a été bonne.

Les urines contiennent peu d'albumine à l'acide azotique. Urines des vingt-quatre heures : 1 litre 1/2. La malade est parfaitement consciente.

3 mars. Elle quitte le service en parfaite santé.

OBSERVATION IV

Prof. Jules ROUVIER. — Clinique obstétricale d'Alger
(in obstét., 1913, mois de juin).

Éclampsie post partum, 1^{re} pare, 24 ans. Signes d'éclampsie 14 heures et première crise 20 heures après la délivrance. Quatre crises en 5 heures enrayées après injection de 4 centigrammes de morphine en 3 heures. Total de morphine injectée 55 milligrammes en 9 heures. Guérison.

Le 22 février 1913, à 7 h. 30, entre au pavillon Tarnier la nommée F. M. . . , primipare de 24 ans, avec le diagnostic : éclampsie post partum. Les renseignements fournis par la famille sont les suivants : la malade n'a jamais eu de maladie infectieuse, pas même de grippe avant sa grossesse. La date des dernières règles est du 9 au 14 juin 1912 : la grossesse a évolué normalement ; cependant il y a deux mois la malade toussait et se plaignait d'un point de côté. A cette époque elle présentait de l'œdème des membres inférieurs. Aucune analyse d'urine n'a été faite.

Le 9 février au soir, vers 18 heures, la malade a eu une violente émotion et trois heures après des contractions utérines sont apparues, annonçant un début de travail. L'expulsion du fœtus a eu lieu le 21 février, à 6 heures. L'enfant pesait 1 kg. 500 ; délivrance normale.

La femme se plaignait de céphalée violente après son accouchement ainsi que de troubles de la vue, la sage-femme lui donne du pyramidon.

A 20 heures, vomissements ; les troubles de la vue persistent, la céphalée s'accroît bien que la malade n'ait pris que des aliments liquides dans la journée. La face s'œdématise et le 22 février, à 2 heures, une crise d'éclampsie se déclare, puis trois autres se succèdent. En tout quatre crises jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A son arrivée, la femme est plongée dans le demi-coma. On applique immédiatement le traitement de M. le Prof. Rouvier : 1 centigramme de morphine à 7 h. 35. La

femme réagit à la piqûre. Lavage intestinal : 6 litres. Lavage d'estomac à la suite duquel on fait absorber 0,50 d'helmitol. Cathétérisme vésical : urine ; 900 grammes d'urine claire orangée. Albumine : 11 g. 1/2 à l'Esbach.

A 8 h. 35, 1 centigramme de morphine.

A 9 h. 35, 1 centigramme de morphine (3° cg.).

A 10 h. 35, 1 centigramme de morphine (4° cg.).

A 11 heures, la femme répond aux questions. Cependant on constate une amnésie totale pour tout ce qui touche la vie génitale.

A 11 h. 35, 1 demi-centigramme de morphine (4° cg.) heluntol. On constate à ce moment que la malade est atteinte de cécité totale. On note toujours cette même amnésie en ce qui concerne sa grossesse.

A 15 h. 15, helmitol ; 1 demi-centigramme de morphine.

23 février. A 3 heures du matin la malade en s'éveillant a recouvré complètement la vue. Elle se rend compte qu'elle est à l'hôpital et reste très calme. Diète hydrique. Urines : 2 litres 1/2 depuis son entrée. Ce matin albumine 2 g. 50 seulement. Plus de céphalée.

24 février. État général excellent. L'amaurose a complètement disparu.

Régime sans sel. Cachets d'helmitol n° 6.

26 février. Connaissance parfaite ainsi que la mémoire. État général excellent. Albumine : 1 gramme.

6 mars. La malade quitte le service en excellente santé.

QUATRIÈME PARTIE

MORPHINOMANIE ET GROSSESSE

On a assez rarement l'occasion de rencontrer le morphinisme chez les femmes grosses et les observations de cette sorte qui ont été publiées ne sont pas nombreuses.

La raison en est peut-être dans ce fait que les femmes morphinomanes deviennent rarement enceintes. En effet, le morphinisme produit des troubles génitaux chez les femmes : les désirs sexuels diminuent progressivement, la menstruation devient irrégulière et douloureuse et cesse complètement enfin, pour reprendre si la femme se démorphinise.

Il semble qu'il n'y a pas de grossesse possible dans le cas de cette aménorrhée morphinique.

Lutaud, de St-Lazare, a présenté six observations de femmes morphinomanes chez lesquelles il a constaté les faits précédents, notamment la suppression des règles dès que la dose atteint une certaine élévation. Il pense que le morphinisme détermine une véritable régression de la vie génitale de la femme. Nous citons une seule de ses observations, qui est assez démonstrative (observation I).

Si la grossesse se produit, elle se développe souvent sans incident, malgré de fortes doses (observa-

tion III), à cause de l'accoutumance. Mais ce qu'il y a de plus intéressant, ce sont les phénomènes qui surviennent lorsqu'on fait la démorphinisation. On observe alors l'inverse des effets produits par une injection de morphine au moment du travail. Les observations de Féré et de Fürst que nous reproduisons sont typiques à ce point de vue.

En effet, si pendant la grossesse on supprime trop brusquement le calmant, la femme est prise de coliques utérines pouvant aboutir à l'avortement. Il en est de même pendant les suites de couches où la suppression de l'alcaloïde accoutumé détermine des contractions avec rétention des lochies (observation III).

Le travail ne paraît pas être sensiblement modifié dans la plupart des cas.

Chez la malade de M. Commandeur il y eut de l'inertie, mais c'était une tabétique qui, d'ailleurs, ne prenait plus de morphine au moment de sa couche.

Les enfants, sauf dans le cas cité par le Prof. Bar, sont assez bien constitués ; ils paraissent s'accoutumer à la morphine, car lorsqu'on les en prive ils réagissent en s'agitant avec violence.

Au moment de la naissance ils se trouvent de ce fait brusquement démorphinisés. C'est ainsi que le nouveau-né dont parle Féré (observation III) poussa des cris et s'agita pendant 60 heures après l'accouchement.

Il est intéressant d'opposer ce cas à l'état d'apnée dans lequel se trouvent certains fœtus accouchés avec l'anesthésie morphinique.

D'une façon générale cette intoxication est défavorable au bon développement des fœtus qui naissent amaigris, peu développés (obs. IV, VI).

Quelle sera la conduite à tenir dans une grossesse de morphinomane ? Il faudra naturellement bien se garder d'interdire brusquement le produit accoutumé, car les troubles qui en résulteraient pourraient être nuisibles, peut-être même déterminer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Mais il sera sage de faire, s'il est temps, la cure de démorphinisation difficile chez des femmes souvent plus souffrantes que d'habitude du fait de leur grossesse. On la fera au moins dans les derniers temps pour éviter que l'enfant ne soit brusquement troublé au moment de l'accouchement.

Il semble que la privation de morphine devrait rendre le travail plus rapide en favorisant l'excitabilité du muscle utérin. Mais l'expérience est trop restreinte sur ce sujet pour oser donner des indications. Nous nous bornerons à citer quelques observations déjà publiées ou encore inédites que nous avons pu recueillir

OBSERVATION I

LUTAUD, St-Lazare, 1887. — Archives de Tocologie.

M^{me} D..., anglaise, 25 ans, morphinomane depuis cinq ans, a vu sa menstruation supprimée un an après le début de son auto-intoxication chronique, alors qu'elle prenait 60 centigrammes de morphine par jour.

Après cinq mois de surveillance et de traitement de démorphinisation chez un médecin de Londres, la menstruation reparut, la malade put alors rentrer chez elle et devint enceinte. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant et bien portant.

Redevenue morphinomane trois mois après son accouchement, M^{me} D... a vu sa menstruation cesser. Tous les efforts sont inutiles, elle est restée morphinomane et prend 50 centigrammes de morphine par jour.

OBSERVATION II

FURST. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1889.

Furst rapporte le cas d'une morphinomane invétérée qui s'était fait environ 1200 injections de morphine avec une solution à 3 % pendant sa première et sa deuxième grossesse et environ 800 pendant sa quatrième.

Les enfants étaient bien développés physiquement et intellectuellement et ils ne présentaient au moment de leur naissance aucun phénomène indiquant un besoin de morphine.

Par contre la malade avait très nettement remarqué l'accoutumance chez le fœtus, car toutes les fois que dans les derniers temps de la grossesse elle éprouvait le besoin de recourir au médicament, les mouvements du fœtus devenaient intolérables par leur vivacité pour cesser bientôt après l'injection.

OBSERVATION III

Ch. FÉRÉ. — Encéphale, 1884.

Jeune femme hystérique, hémi-anesthésique n'ayant jamais présenté de crises et dont la mère était aussi morphinomane.

Depuis trois ans elle abusait de morphine.

Arrivée au sixième mois de sa grossesse, cette femme absorbait chaque jour 24 centigrammes de morphine. On commença à diminuer quotidiennement la dose d'un demi-centigramme, mais tous les deux ou trois jours il survenait des coliques plus ou moins intenses et des mouvements exagérés de l'enfant qui forçaient le médecin à cesser provisoirement toute diminution dans la quantité du médicament, si bien qu'au moment de l'accouchement cette jeune femme absorbait encore chaque jour 13 centigrammes.

L'accouchement fut normal ainsi que la délivrance. Pendant les huit premiers jours des couches on ne diminua pas la quantité de morphine et quand au bout de ce temps on voulut revenir à la diminution graduelle, des coliques se produisirent; l'écoulement des lochies cessait dès qu'on augmentait l'intervalle des injections, il revenait chaque fois qu'on reprenait la dose ordinaire du médicament.

La démorphinisation fut très lente et ce n'est qu'un mois après l'accouchement qu'on supprima d'un seul coup les injections; la malade eut alors de violentes coliques utérines et intestinales, de la diarrhée, de l'insomnie avec excitation pendant la nuit, mais le lendemain tout avait cessé et la guérison fut définitive.

L'enfant subit aussi les conséquences de l'abstinence de morphine. C'était un enfant bien développé, mais amaigri; il avait présenté pendant la grossesse des mouvements très violents lorsqu'on supprimait trop brusquement la morphine, et après sa naissance on fut frappé de ses mouvements brusques et d'une agitation continuelle avec cris qui dura soixante heures pendant lesquelles il ne dormit pas, puis le calme revint et les choses rentrèrent dans l'ordre.

OBSERVATION IV

Prof. Paul BAR.

Une morphinomane eut trois grossesses successives; les deux premières se terminèrent avant terme par l'expulsion d'enfants morts et macérés. La troisième donna naissance à terme à un enfant qui était très faible et s'éleva très difficilement.

OBSERVATION V

MM. COMMANDEUR et BERTOYE. — Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon, 10 février 1913.

Grossesse et accouchement chez une tabétique morphinomane.

Gab. D..., 37 ans, couturière, IV pare, entre à la Maternité le 11 novembre 1912; elle est enceinte d'environ 8 mois.

Née de père inconnu, sa mère s'est suicidée dans un accès de neurasthénie; à 9 ans elle a eu la variole. A l'âge de 20 ans elle a contracté la syphilis; deux ans après elle a contracté une paralysie du moteur oculaire commun gauche, pour laquelle elle a suivi à Paris le traitement spécifique.

A 23 ans, elle a eu son premier enfant, qui est né à terme, par une extraction au forceps, et qui a succombé à 9 mois à une méningite (tuberculeuse?). Déjà, pendant cette première grossesse, elle a présenté des crises gastriques bien caractérisées; traitée à ce moment par des injections de morphine, elle est devenue morphinomane.

A 27 ans, deuxième grossesse interrompue par un avortement provoqué par une injection intra-utérine. Les manœuvres abortives furent suivies d'une péritonite grave.

A 32 ans, troisième grossesse. Celle-ci marqua le réveil des crises gastriques. Cependant la malade alla à terme et accoucha d'une fille vivante qui, bien que nourrie au biberon par une nourrice, est actuellement en bonne santé.

La grossesse actuelle paraît remonter à la fin de février ou au début de mars 1912. Au début, la malade a eu des vomissements, mais pas de vraies crises gastriques. Celles-ci n'ont apparu que plus tard et n'ont pas été très douloureuses. A 3 mois et demi, s'étant intoxiquée par de trop hautes doses de morphine, elle a dû être hospitalisée à l'Hôtel-Dieu, où elle a séjourné 1 mois et demi. Rentrée chez elle et sans travail, elle a tenté de se suicider en se faisant des injections d'eau sale; elle se fit neuf injections sous la peau de la cuisse. Ces injections formèrent chacune un abcès; ceux-ci furent traités à l'hôpital jusqu'à l'entrée à la Charité.

A l'entrée :

Examen médical :

Signes de tabès caractérisé.

Examen obstétrical. L'utérus est mou, étalé; son fond à 32 centimètres au-dessus du pubis. Liquide ammotique abondant, mais sans tension; flot net. Fœtus en présenta-

tion du siège. Dans les jours suivants, il se fait une mutation spontanée et l'enfant se place au sommet mobile O I G A. Actuellement la malade n'absorbe plus de morphine

Accouchement. Les douleurs débutent le 16 décembre (environ 10 jours après la date prévue), à 11 heures du matin ; ce n'est qu'à 4 h. 30 du soir qu'elle prévient qu'elle souffre. Examinée à ce moment, on constate une dilatation complète, tête engagée. On ne sent pas de poche des eaux, mais il est impossible de faire préciser à la malade quand elle s'est rompue. Les douleurs, peu vives, sont expulsives, espacées de 5 minutes, et durent 30 secondes.

A 5 heures, le travail ne progressant pas et les douleurs s'espaçant de plus en plus, on fait à la malade une injection intrafessière de 1/2 centicube de pituitrine. Les douleurs réapparaissent 5 minutes après l'injection. L'utérus se contracte bien, pendant 10 minutes les douleurs se succèdent à 1 minute d'intervalle, puis elles décroissent d'intensité. La tête ne progressant pas, on fait l'expression abdominale sous l'effet de laquelle le dégagement s'effectue normalement.

L'enfant est une fille vigoureuse, de 3870 grammes, et bien conformée. La délivrance se fait spontanément 1 heure après ; l'arrière-faix, très lourd, pèse 900 grammes.

Suites de couches normales.

L'enfant mis au sein de sa mère s'est développé admirablement. Après une perte de poids de 960 grammes pendant les trois premiers jours, il avait repris son poids de naissance le huitième jour et à sa sortie il pesait 4000 grammes.

OBSERVATION VI

Clinique obstétricale de la Charité. — Prot. FABRE.

Morphinomanie. Accouchement normal.

Joséphine E..., 29 ans, I pare, entrée le 10 janvier 1913, à 24 heures.

Grossesse à terme.

Antécédents : rhumatisme articulaire à 15 ans, traité à l'Hôtel-Dieu.

A 20 ans, la malade a de fortes douleurs dans la tête ; un pharmacien, dit-elle, lui a fait une piqûre de morphine qui la soulagea beaucoup. Chaque fois qu'elle reprenait ses névralgies, elle se faisait des piqûres de morphine elle-même. Les premiers temps, un flacon de 15 centigrammes lui faisait 8 jours et, plus tard, elle arriva à prendre 10 centigrammes par jour. Ces piqûres furent continuées pendant 8 ans.

En 1911, au mois de décembre, elle entra à l'hôpital de Villeurbanne pour 12 abcès causés par des injections. Elle dit avoir cessé ensuite l'emploi de la morphine.

Pendant sa grossesse, elle a eu des maux de tête fréquents et des névralgies qui lui ont fait reprendre ses injections de morphine.

A l'examen, sur tout le corps, on voit les traces caractéristiques de ces piqûres.

Les douleurs sont continues et assez fortes depuis son entrée, à 24 heures ; la malade souffre beaucoup des reins et réclame qu'on lui fasse une piqûre. On lui refuse.

3 h. 30. Col dilaté à 3 centimètres ; on sent la poche des eaux.

4 h. 35. Les douleurs sont continues, elles deviennent expulsives, la poche des eaux se rompt, les eaux sont boueuses, contenant du méconium.

Les bruits du cœur sont toujours nettement frappés.

4 h. 40. La malade pousse vigoureusement, la tête apparaît ; l'accouchement se fait facilement et rapidement.

5 h. Naissance d'une fille étonnée, mais vite ranimée après avoir rejeté quelques mucosités.

Poids 2040 grammes ; fille.

Délivrance spontanée. Poids : 400 grammes.

Perte de sang : 50 grammes environ.

Suite de couches : premier lever le cinquième jour ; au huitième jour, utérus non perceptible. L'enfant a été mis en couveuse à 30° pendant 5 jours ; il a pris régulièrement du poids.

18 janvier. La malade quitte la clinique avec son enfant qu'elle allaite.

CONCLUSIONS

I. — Les effets physiologiques de la morphine sur l'utérus gravide et parturient sont, comme on le sait, la diminution et même l'arrêt des contractions, et aussi la suppression plus ou moins parfaite de l'élément douleur.

II. — Les injections à fortes doses ne seraient pas sans inconvénients pour la mère, dans le cas de lésions rénales, et surtout pour l'enfant dont la morphine paralyse les centres respiratoires : les fœtus naissent souvent en état d'apnée.

III. — La morphine est un moyen d'agir vite sur une menace d'avortement ; elle est aussi très efficace pour arrêter un début de travail prématuré et permettre ainsi à la grossesse d'atteindre le terme.

IV. — A petites doses, elle est un eutocique, car elle calme les douleurs exagérées du travail, fait disparaître parfois la contracture utérine ou le spasme du col. C'est ainsi qu'elle peut favoriser l'évolution de l'accouchement.

V. — Pour l'anesthésie obstétricale, la morphine a été associée à d'autres anesthésiques dont elle ren-

force l'action. Employée seule et à fortes doses elle pourrait produire une analgésie complète, avec moins d'inconvénients qu'on ne croit. Des recherches sont en cours pour trouver une forme moins toxique de l'alcaloïde : la totalgine en est un exemple.

VI. — Pour le traitement de l'éclampsie, en France, on a vécu sur des idées un peu préconçues sur la morphine. Des travaux plus récents montrent qu'il faut revenir sur cette opinion, et des essais encourageants ont été faits dans cette voie. On sera d'autant plus encouragé à l'employer qu'on aura affaire à des cas où l'élimination urinaire paraîtra relativement conservée. En tout cas on lui adjoindra avec avantage le chloral qui permettra de diminuer les doses.

VII. — La morphinomanie a été rarement observée pendant la grossesse. Des observations connues, il résulte que l'enfant a pu arriver à terme en se développant souvent d'une façon satisfaisante. L'accouchement s'est effectué sans anomalie.

Le Président de thèse,
FABRE.

VU :
Le Doyen,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 26 janvier 1915.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- CLAUDE BERNARD. — Leçons sur les anesthésiques.
- FABRE. — De l'hystéroggraphie. (*Obstétrique*, 1913.)
- PAJOT. — Travaux d'obstétrique et de gynécologie.
- PINARD. — Thèse d'agrégation 1878. Action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article : morphine.
- LEQUEUX. — La scopolamine-morphine en obstétrique. (*Obstétrique*, 1911, p. 165.)
- GAUSS. — La demi-narcose par scopo-morphine dans les accouchements. (*Munch. med. Wochenschr.*, n° 41, septembre 1905.)
- RIBEMONT-DESAIGNES. — *Bulletin Académie de médecine*, 21 juillet 1914 : analgésie obstétricale.
- PINARD (*ibidem*).
- GABRIEL BERTRAND. — Sur l'emploi en obstétrique et en chirurgie de hautes doses de morphine comme analgésique. (*Presse médicale*, 1914, 3 décembre.)
- BAR et COMMANDEUR. — Traitement de l'éclampsie. (*Obstétrique*, 1911.)
- HÖNIG. — La morphine à haute dose dans l'éclampsie. (*Semaine médicale*, 1899.)
- ROUVIER. — Traitement de l'éclampsie puerpérale par la morphine. (*Obstétrique*, 1913.)
- ROUVIER et LAFFONT. — Éclampsie et morphine. (*Presse médicale*, 1910.)
- ROUVIER. — Nouvelles remarques cliniques sur le traitement de l'éclampsie par la morphine et ses adjuvants. (*Annales de gynécologie*, juin 1914.)
- ROTH. — Nouvelles remarques sur le traitement de l'éclampsie d'après Stroganoff. (*Munchener medic. Woch.*, 1911.)
- CHAMBRELEND et CATHALA. — Morphinomanie et grossesse. (Traité de Bar, Brindeau, etc.)
- VINAY. — Traité des maladies de la grossesse, 1894.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉLIMINAIRES.....	9
PREMIÈRE PARTIE. — PHYSIOLOGIE.....	13
CHAPITRE I ^{er} . — Action sur la contractilité de l'utérus.....	13
CHAPITRE II. — Action sur les douleurs.....	15
CHAPITRE III. — Influence sur l'organisme maternel.....	16
CHAPITRE IV. — Influence sur le fœtus.....	18
DEUXIÈME PARTIE. — MORPHINE ET TRAVAIL.....	21
CHAPITRE I ^{er} . — Son emploi au cours de l'avortement ou de l'accouchement prématuré. Observations I, II, III, IV, V, VI	21
CHAPITRE II. — Effets eutociques de la morphine dans l'accouchement.....	26
CHAPITRE III. — Emploi de la morphine associée à d'autres anesthésiques.....	28
CHAPITRE IV. — Morphine à hautes doses comme analgésique obstétrical.....	31
TROISIÈME PARTIE. — La morphine dans le traitement de l'éclampsie. Observations I, II, III, IV.....	35
QUATRIÈME PARTIE. — Morphinomanie et grossesse. Observations I, II, III, IV, V, VI.....	53
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	63

